THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923 — N° —

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mattéo NAAR

Né à Salonique, le 18 mai 1891

Ancien externe des Hôpitaux

Décoré de la Croix de Guerre

Pelade et Vitiligo

DANS LEUR RAPPORT

avec le système Endocrino-sympathique

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

—

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	DEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABRE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET LEJARS HARTMANN GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU COUVELAIRE JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOULLET	ROUVIERE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ (A)
BLANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABRE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MES SŒURS ELISE ET IRENE

A MES FRERES HAÏM, PEPPO, MAÏR

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur ARROUX
Chirurgien à la Pitié

Monsieur le Docteur GAILLARD
Médecin Honoraire des Hôpitaux

Monsieur le Professeur TEISSIER
Médecin à Claude-Bernard

Monsieur le Professeur LEGUEU
Chirurgien à Necker

Monsieur le Docteur COURTOIS-SUFFIT
Médecin à la Maison Dubois

Monsieur le Docteur DE BEURMANN
Médecin à l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le Professeur agrégé MARION
Chirurgien à Lariboisière

Monsieur le Professeur SEBILEAU
Chirurgien à Lariboisière

Monsieur le Professeur JEANSELME
Médecin à l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le Professeur GOUGEROT
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé DEMELIN
Accoucheur à Tarnier

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Médecin à l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les Docteurs Levy-Franckel et Juster, qui nous ont prodigué leurs conseils à l'occasion de ce travail.

Pelade et Vitiglio

DANS LEUR RAPPORT

avec le Système Endocrino-sympathique

INTRODUCTION

Parmi les maladies les plus fréquentes que l'on rencontre, il en est qui seront de façon constante à l'ordre du jour et qui passionneront malades et médecins, — les unes parce qu'elles causent de grands ravages, les autres parce qu'elles s'attaquent à l'esthétique même de l'homme.

Les affections les plus pénibles sont évidemment celles qui se manifestent sur la face et les parties découvertes du corps, et telle personne qui supporte en silence une maladie douloureuse ou grave, mais qu'elle peut dissimuler, se lamentera devant telle autre, bénigne mais portant atteinte à son esthétique. La pelade et le vitiligo sont de ces affections déplorables qui causent un gros émoi chez leurs victimes et une certaine crainte dans l'entourage.

Nous parlerons ici de ces deux affections depuis longtemps étudiées et discutées. Nous essaierons de démontrer qu'elles ont entre elles des rapports étroits et nous

tâcherons d'en tirer des conclusions thérapeutiques.

Certains faits soigneusement notés au cours de l'histoire montrent quelle émotion provoquait la coupe ou la perte des cheveux : « César était chauve » ; « François Ier, blessé à la tête, se fit tondre », etc...

Les esclaves avaient la tête rasée. Les prêtres qui se disaient « les serfs de Dieu » se faisaient raser comme eux. Les Romains tonsuraient les femmes adultères, qui étaient ainsi livrées à l'opprobre et au mépris du peuple.

Les peladiques étaient poursuivis dans la rue par des huées et des insultes ; car le peuple, mal éclairé sur l'origine de leur calvitie, mais voyant là l'indice certain d'une tare honteuse, accablait les malheureux qu'il croyait responsables et dangereux.

Quant à la force physique accompagnant toujours une riche chevelure, la légende nous fournit maints exemples — dont celui de Samson qui perd sa force, en même temps que ses cheveux tombent sous les ciseaux de Dalila.

Si dans nos mœurs démocratiques la chevelure n'est plus considérée comme un signe de noblesse et de dignité, les cours qui ont conservé les mœurs archaïques connaissent encore les perruques dont se revêtent les nobles dans les cérémonies officielles.

On considère toujours l'abondance des cheveux comme un signe de virilité, et nous ne concevons pas la beauté féminine sans une abondante chevelure.

Pour la religieuse, le sacrifice commence par l'abandon de ses cheveux et la prise de voile constitue pour cette raison une scène toujours dramatique.

La tondeuse égalitaire qui attend le soldat à la caserne, démontre en somme le caractère de servitude qui s'attache à l'obligation militaire.

Les forçats sont tondus comme l'étaient les esclaves de l'antiquité.

Si nous ne pensons plus que les peladiques méritent notre opprobre, il n'y a pas longtemps encore, ils étaient considérés comme indésirables et exclus des agglomérations ; mais il y avait là une raison scientifique ! On pensait que la pelade était contagieuse.

Nous voyons qu'à peu de choses près, nos idées n'ont pas beaucoup varié sur l'importance à attribuer aux cheveux, et que les modernes comme les anciens attachent toujours un intérêt particulier aux affections qui atteignent le cuir chevelu. La perspective d'une « humanité glabre », entrevue par Jacquet, ne nous paraît pas souhaitable.

Quant au vitiligo, il a été longtemps confondu avec la lèpre. On comprend pourquoi il a donné lieu à des manifestations diverses et à des mesures de rigueur contre ceux qui en étaient atteints. Si aujourd'hui le pronostic en est considéré comme bénin, il n'en est pas moins vrai que « la difformité résultant de la bizarrerie cutanée » a une importance morale souvent considérable.

« Tant que l'affection reste bornée aux parties habi-
« tuellement couvertes, tout se borne à quelques vexa-
« tions de la vie intime, mais la situation devient
« fâcheuse lorsque la leucodermie envahit les mains, la
« tête, la figure. Une difformité choquante, une appa-

« rence malpropre, sont ainsi constituées et font le déses-
« poir du malade. Un enfant, au dire de Wilson, reçut
« force réprimandes à cause de l'apparente saleté cons-
« tituée par le vitiligo. Si la bizarrerie du visage devient
« très marquée, comme dans le cas signalé au musée
« Saint-Louis, le malade, défiguré, ridicule, n'est pas
« seulement exposé aux railleries, mais il perd sa situa-
« tion, doit changer de profession, est condamné à un
« célibat forcé. » (Major Roussin, thèse Chabrier, Paris.)

LA PELADE

La pelade, longtemps confondue avec les autres maladies déclavantes du cuir chevelu, n'a fait l'objet de nombreuses études qu'au XIX^e^ siècle. Depuis Celse jusqu'en 1810, aucun essai d'individualisation n'est fait. Il faut signaler cependant le travail de Johnston en 1655 qui la désigne sous le nom d'*aréa*, et celui de Sauvage en 1768 qui lui donne le nom d'alopécie en aires, dénomination dont on use très peu en France.

L'étude active de la pelade peut être divisée en un certain nombre de périodes.

1^re^ période. — Elle va de « Bateman à Cazenave » (Sabouraud) ; on essaye surtout d'individualiser et de décrire cette affection. La description qu'en donne Bateman est restée classique pour la majorité des auteurs qui l'ont conservée telle quelle :

« Cette curieuse maladie est caractérisée par des taches « plus ou moins circulaires qui rendent chauve la partie « sur laquelle on ne remarque aucun cheveu, tandis « qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de « cheveux que dans l'état naturel. La surface du cuir « chevelu est, dans l'étendue des taches, unie, brillante, « et d'une blancheur remarquable ». Bateman in Pelade de Sabourand.

PELADE PARASITAIRE

Seconde période, commence en 1845, et va s'étendre jusqu'à 1897. Pendant plus d'un demi-siècle, sous l'impulsion de Bazin qui en devient l'ardent défenseur, la pelade est considérée comme d'origine parasitaire. La pelade, considérée ainsi comme contagieuse, fait interdire l'accès des écoles aux enfants qui en sont atteints.

Gruby avait décrit en 1843 à l'Académie des Sciences le microsporon Audhouini, qu'il considérait comme l'agent pathogène du *Porrigo décalvans*. Bazin part de là, et avec toute son autorité impose la pelade parasitaire et contagieuse.

Dans son travail remarquable de 1896, et après deux années d'études sur la question, Sabouraud expose cette théorie et la défend avec ardeur. Ses arguments : la pelade est contagieuse parce que plusieurs épidémies de pelade ont pu être constatées, et on a pu suivre le point de départ. Epidémie de caserne, d'écoles, épidémies soi-disant sporadiques, dont tous les individus atteints se faisaient raser ou couper les cheveux par le même coiffeur, Epidémies disparaissant dès qu'on prenait certaines précautions. Dans tous les cas, où on ne trouve pas la filiation, il faut tenir compte de la période d'incubation de la pelade. Mais Sabouraud accepte que :

« La preuve péremptoire de la contagiosité, c'est-à-

« dire la reproduction de la maladie sur l'animal, par « un germe isolé de l'homme, et cultivé, demeure à « fournir ». « Le microbe de la pelade est bien inconnu ».

En 1911, pour expliquer l'ardeur qu'il avait mise à défendre la contagiosité de la pelade, et pour mettre en garde les chercheurs qui pouvaient encore s'égarer dans cette théorie, Sabouraud écrit :

« En 1896, toute l'école de l'hôpital Saint-Louis croyait « à l'origine parasitaire de la pelade, et la contagiosité « de cette affection avait été tenue pour une vérité d'évi- « dence par deux générations successives. » (*Séance du 3 juin 1911 à la Société de D.*)

THEORIE NEUROTROPHIQUE

ET PELADE DENTAIRE

Troisième période. — Or, dès 1897, Jacquet s'attache à détruire d'abord ce dogme auquel ne croyaient d'ailleurs pas les auteurs étrangers étrangers et même en France certains auteurs (Ollivier 1889).

Ayant détruit la théorie parasitaire, il tente de reconstruire ; et dans une série d'articles parus en 1900, dans les Annales de Syph. et D., sur « la nature et traitement de la pelade », il donne le résultat de ses travaux. Et d'abord, pour lui, la pelade n'est pas contagieuse, et

pour le prouver, il s'est fait inoculer à plusieurs reprises sans réussir à s'infecter, et se dit prêt à se laisser inoculer.

Revenant sur la question dans une séance de la Société de D., il dit : « Je m'offre à Sabouraud et à Hallopeau « quand ils auront l'occasion d'observer une pelade de « virulance supposée *maxima*, de me l'inoculer soit à la « tête, soit à la barbe, sous l'expresse réserve que j'au- « rais toutes facilités pour m'assurer que leur malade « n'est ni syphilitique ni tuberculeux.

« J'ajoute que je propose à ces messieurs des condi- « tions d'expérimentation idéales, car on le sait, j'ai été « et je suis encore peladique, et la pelade récidive et ne « vaccine pas. (Jacquet, 6 mars 1902, Société de D.).

Jacquet qui s'attaquait à la théorie microbienne de la pelade, insista dès le début pour qu'on examina le peladique, non pas localement, mais d'une façon générale, des pieds à la tête, et dans une série d'observations, il démontre que la pelade survient toujours sur un terrain spécial préparé par un état antérieur « fleurant la toxémie ».

« La pelade constitue un chaînon plus ou moins dis- « tant du point initial et du point terminal d'une série « morbide. »

« L'alopecie n'est qu'un symptôme dont l'ob- « jectivité attire vivement, mais ne doit pas retenir uni- « quement l'attention.

« L'arrêt de la fonction papillaire est selon toute

« apparence, consécutif à une série d'actes morbides fort « éloignés souvent de leur *primum movens* initial. »

Localement, il met en évidence l'*hypotonie*, l'atrophie des aires déglabrées. Il n'y a pas d'*alopécie sans atonie, pas de repousse sans tonicité.*

Le poil peladique est pour lui d'une banalité parfaite absolue.

« Le fait capital, c'est la mue pilaire », et la pelade n'est que « le grossissement, la multiplication, d'un fait physiologique. »

Etudiant ses malades au point de vue urinaire, il n'est pas éloigné de croire à « une formule urologique de la pelade. »

« Le pelade même très légère, est en connexion cons- « tante avec un ensemble morbide préalable, simultané « et consécutif qu'on ne doit pas en dissocier et qui lui « constitue une atmosphère. Que cette ambiance pré- « méta et post-peladique soit faite de troubles qu'il est « banal de voir sans elle, là n'est pas la question, oui « ou non, est-elle possible en dehors de cette ambiance ? « Je penche pour la négative, et parmi la centaine de « faits que j'ai observés, je n'ai pas vu une seule fois « la pelade isolée, la *pelade pure*, la *pelade en soi*, telle « que devrait au moins de temps à autre la produire « l'agression d'un microbe spécifique.

« La pelade n'est ni une maladie spécifique, ni un syn- « drome, mais un symptôme, parfois négligeable, parfois « prédominant, d'un ensemble à la fois complexe et très

« banal, précédant la déglabration, l'accompagnant et « lui survivant. »

« La *théorie neurotrophique* me semble à l'heure « actuelle la seule qui réponde à l'ensemble de notions « sur la pelade. » (Jacquet).

S'il n'avait parlé qu'incidemment des relations possibles entre les dents et les poils, il y revient dans des communications ultérieures à la Société de dermatologie. Le poil et la dent ayant la même origine embryologique devaient, d'après Jacquet, se tenir au point de vue pathologique et il créa la « pelade dentaire ».

Il apporte à l'appui de sa thèse de nombreuses observations.

« L'examen dentaire personnel de 40 peladiques donne « les chiffres suivants : 6 ont une dentition médiocre, 31 « ont une dentition très défectueuse (édentement, caries « nombreuses et profondes), 3 seulement ont une bonne « dentition, De plus, une forte proportion, parmi les « adolescents et les adultes mâles, présente l'avortement « du système pileux facial, l'agenesie de la barbe. » (Jacquet).

De nombreux observateurs viennent appuyer la thèse de Jacquet qui rencontra néanmoins de nombreux contradicteurs et adversaires. On lui opposa le nombre considérable de personnes souffrant des dents et n'ayant pas de pelade.

« La carie dentaire et l'irritation gingivale sont des « affections fréquentes ; j'ai vu aussi un très grand nom- « bre de cas de pyorrhée alvéolaire, affection dont je me

« suis occupé tout spécialement, où je n'ai pas rencontré « un seul cas de pelade, j'en suis d'autant plus surpris « que dans la clientèle privée la pelade passe difficile- « ment inaperçue. » (Galippe).

Revenant sur la question, Sabouraud qui, ayant abandonné la théorie microbienne est resté adversaire de la théorie dentaire, dit dans un travail récent :

« J'ai vu trois cas de pelade occipito-latérale et uni- « latérale en concomitance avec les accidents causés par « l'éruption difficile et tardive de la dent de sagesse infé- « rieure, enclavée entre la dernière grosse molaire et la « branche montante du maxillaire inférieur. Dans deux « cas, les accidents étaient sérieux, avec trismus, con- « tracture unilatérale des muscles du cou, larmoiement « du même côté, empâtement.

« Ce sont-là les seuls cas où la théorie de la pelade « reflexe d'origine dentaire de Jacquet m'ait parue véri- « fiée. Ce sont les premiers qu'il a vus, ceux qui ont « donné lieu de sa part à une théorie qui fut ensuite de « plus en plus extensive.

« Cette théorie de la pelade dentaire, du vivant même « de Jacquet, je l'ai discutée longuement et abondam- « ment dans plusieurs articles de la clinique (1913). Je « n'ai vraiment rien à ajouter. Avec le respect qu'on doit « à la mémoire d'un ami et à son œuvre, je ne puis pas « ne pas dire que cette théorie de la pelade me paraît du « groupe des théories mal assises ; groupe auquel je « joindrais ma théorie microbienne de la pelade de 1897.

« Si j'étais juge d'elles actuellement, je les renverrais « dos à dos », Annales de dermatologie, 1920.

Que la pelade ne soit pas toujours et exclusivement d'origine dentaire, — et ici nous nous plaçons au point de vue purement étiologique, — personne n'y contredit. Mais il n'en est pas moins vrai, que les lésions irritatives d'origine dentaire, sont à la base de bon nombre de pelades, que nous pouvons faire rentrer aujourd'hui dans les pelades d'origine traumatique. Jacquet d'ailleurs a toujours dit qu'il y avait à l'origine de toute pelade un ensemble d'influences parmi lesquelles on rencontrait le plus souvent une irritation d'origine dentaire.

« J'ai montré en une série d'études publiées depuis « deux ans que la pelade n'est pas une dermatose spéci- « fique, mais une lésion *banale,* favorisée par une vicia- « tion complète des tissus et des humeurs, déterminée « et fixée par des irritations locales diverses dont l'érup- « tion et les lésions *dentaires* constituent les plus com- « munes. Mais si je pense que l'irritation peladogène est « *banale,* je ne crois pas qu'elle soit *simple :* je pense au « contraire que le plus souvent une série de causes, agis- « sant dans le même sens, s'associent, s'additionnent « pour constituer une somme ou *Sommation peladogène,* « la dépilation n'étant ainsi qu'une *résultante.* Cette « sommation elle-même peut se faire suivant des modali- « lités différentes, une ou plusieurs conditions d'ordre « général s'associant à une ou plusieurs conditions d'or-

« dre *local*. On conçoit à quel point ces combinaisons « pathogènes peuvent être variées...

« La pelade est une dermatose où se trouve réalisée « l'unité du mécanisme pathogénique de la mort du poil, « sous la *diversité* et la *multiplicité* étiologique. » (Sommation peladogène Jacquet, 1902.

La théorie parasitaire ne conserve plus que quelques rares adeptes qui continuent à nourrir pour elle une affection toute particulière et non méritée.

Jacquet a donné à la pelade sa véritable orientation en la considérant comme un phénomène secondaire,, chez le peladique, qui pour cette raison, devait être étudié de façon complète. C'est ainsi que l'observation rigoureuse de ces malades a permis d'arriver à une conception nouvelle de la pathogénie de cette affection, et nous arrivons à la pelade endocrino-sympathique.

Pelade endocrino-sympathique

Quatrième période. — Levy-Franckel et Juster se sont attachés à démontrer qu'en réalité la véritable pathogénie de la pelade était d'origine *endocrino-sympathique.*

Déjà en 1886 Max Joseph et en 1887 Miebelli avaient, dans leurs expériences, démontré que lorsqu'on sectionnait la racine postérieure du 2e nerf cervical, chez l'animal on reproduisait la *pelade.* Mais ces auteurs ne furent pas suivis, parce qu'on était en pleines discussions sur la théorie parasitaire, Tout en pensant à une toxémie

d'origine urinaire, Jacquet nous donne cette observation qui porte le numéro II dans son travail de 1900.

« Obs. II. Pelades à récidives, Phase pré-peladiques « complexes troubles des rapports urologiques.

« Mlle X. (de Limoges), 16 ans et demi m'est amenée « le 26 décembre 1899 pour une deuxième récidive alopé- « cique.

« Première atteinte à l'âge de 11 ans. Elle fut légère « et est accompagnée ou précédée (?) de tics faciaux ocu- « laires, de céphalées, de vertiges et d'asthénie.

« Guérison complète.

Deuxième atteinte à l'âge de 14 ans, à l'*établissement de la période menstruelle.*

« Mêmes troubles que ci-dessus et plus accentués.

« La tête fut envahie presque en entier.

« Guérison complète avec chevelure très drue et très « brune dès octobre 1898.

« Troisième atteinte. En janvier 1899, coliques hépatiques légères.

« En mars, coliques hépatiques plus violentes.

« Pendant cette période, quelques tics musculaires à « la face, légers maux de tête de loin en loin, au moment « des règles, celles-ci étant normales.

« En juin-juillet, *troubles menstruels*, petites hémor- « ragies tous les huit ou 10 jours.

« En août-septembre, *cessation absolue des règles*, et « cependant la jeune fille est à la campagne en de bonnes « conditions hygiéniques et en bonne santé.

« En septembre (vers la fin), et en octobre, reprise de

« maux de tête, de l'asthenie et de tics aux yeux surtout.

« Les céphalées sont incessantes, à peu près quoti-
« diennes, à type hémicranien en général et très prédo-
« minantes à gauche. Elles s'accompagnent presque tou-
« jours de nausées, et parfois vomissements bilieux.
« Elles persistent parfois sans arrêt pendant deux ou
« trois jours, le travail intellectuel les influence de façon
« non douteuse.

« Le 1er octobre, découverte de six petites plaques lenti-
« culaires disséminées dans l'étendue du cuir chevelu.

« Le 26 décembre, je vois la jeune malade. Les plaques
« sont lisses, atrophiées en légère cupule, peau inélas-
« tique, aisément plissable, la pression fait sourdre une
« rosée sudorale, mais pas de comédons.

« Ceux-ci existent en grand nombre au visage, notam-
« ment au menton, à la bordure frontale, très pileuse et
« sans nulle alopecie et centrés pour la plupart d'un poil
« solide.

« Une petite plaque récente, à peine lenticulaire à la
« région zygomatique droite sans nul coméden.

Examen des urines

« En ce cas, mieux encore qu'en l'obs. précédente,
« éclate le *caractère accessoire, épisodique des alopécies,*
« *simple épiphénomène* d'un syndrome complexe ; et le
« tout, cela n'échappera point, aussi, dès maintenant je
« le souligne *fleure la toxémie.*

Or, il est évident que dans ce cas, il s'agissait bien

de troubles dûs à un fonctionnement défectueux des ovaires. *Troubles endocriniens de la puberté* qui sont bien connus aujourd'hui.

Sabouraud en 1913 groupe un certain nombre d'observations dans lesquelles on peut noter des troubles de l'ovaire et du corps thyroïde conjoints à la pelade ou la précédant.

« Très fréquente de 5 à 15 ans, diminue constamment « jusqu'à 50 ans, et à ce moment-là, la courbe se redresse « et la pelade devient aussi fréquente à 50 ans qu'à 15. « Rien de pareil chez l'homme.

« Ce seul fait dénonce l'importance que peuvent avoir « les *perturbations de la fonction ovarienne dans la « genèse de la pelade chez la femme* ». (Sabouraud).

Obs. II. Sœur M. de St-V. de Paul (Obs. 302), 33 ans.

« ... Dans ce cas, nous avons, chez une malade très tard « et très mal réglée, l'apparition de la pelade en concom « mitance avec des douleurs de tête très vives et un état « général médiocre. Et après une accalmie de quatre « à cinq ans, une reprise de la pelade grave accompa- « gnant des crises de palpitations de douleurs dans la « région thyroïdienne avec exophtalmie, strabisme et « nystagmus. » (Sabouraud).

Pelade avec goître.

Pelade et troubles thyroïdiens.

Or, l'anatomie, la physiologie et la clinique sont d'accord pour dire que le système sympathique et le système endocrinien sont liés d'une façon inextricable. On ne

peut pas concevoir actuellement de troubles endocriniens sans trouble sympathique et réciproquement.

« Le système nerveux tout entier joue un rôle dans le « fonctionnement des glandes à sécrétion interne. Les « systèmes végétatifs plus particulièrement, et parmi « ceux-ci, le sympathique, soit directement, soit indirec- « tement, par ses centres de projections centraux, ont des « relations intimes avec les glandes endocrines. Ils for- « ment un ensemble avec elles, et sont soumis à une « influence réciproque que des faits indiscutables prou- « vent. Mais ceux-ci sont peu nombreux, et, par contre, « une foule de données expérimentales nouvelles, d'obser- « vations cliniques récentes, — idées souvent peu nettes « et parfois contradictoires — se pressent, qui nous per- « mettent pourtant de supposer une liaison plus étroite, « une intrication plus complète encore que nous ne le « supposions, sans que nous puissons les proposer « comme preuves décisives. » (*Sympathique et glandes endocrines,* Claude et Piedelièvre.)

ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ORIGINE ENDOCRINO-SYMPATHIQUE DE LA PELADE

Dans leur travail sur le syndrome endocrino-sympathique de la pelade, Levy-Franckel et Juster se sont attachés justement à mettre en lumière tous les troubles qui accompagnent la pelade et à démontrer qu'on se trouve bien en présence d'une lésion du système endocrino-sympathique.

Troubles thyroïdiens fréquents, troubles ovariens so
vent signalés. Troubles de la réflectivité sympathique c
sont « d'une constance presque absolue chez les pela
ques ; troubles vaso-moteurs, modifications des reflex
oculo-cardiaque, pilo-moteur et naso-facial ont é
retrouvés chez tous les sujets examinés, mais plus
moins nettement, suivant la gravité de la pelade et l
traitements antérieurement suivis ».

a) *Troubles vaso-moteurs.* — Le tonus vasculaire e
sous la dépendance du sympathique. Les troubles de
système entraînant toujours des troubles vaso-moteu
trahissent un disfonctionnement de système sympathiqu

Or, dans la pelade, les troubles vaso-moteurs sont con
tants, et se manifestent de la façon suivante. Si on pas
un objet mousse sur la peau d'un malade atteint
pelade, on constate une raie rouge d'abord, qui ensui
devient blanche et entourée d'un halo rouge. Cette ra
persiste pendant de longues heures. La relation qui exis
entre ce phénomène et la pelade est indéniable, puisqu'
disparaît avec la guérison du malade. « Ce phénomè
s'améliore à mesure que la pelade entre en voie de gu
rison et tend à disparaître. » Lévy-Franckel et Juster.

Jacquet avait d'ailleurs noté ce phénomène.

En dehors de ce trouble on constate chez les malad
« une fragilité spéciale des téguments, ils se coupe
« facilement et saignent longtemps. Par la méthode
« Duke et P.-E. Weill, nous avons constaté que
« temps de saignement était souvent augmenté (4 à
minutes). » Levy-Franckel et Juster.

b) *Réflexe oculo-cardiaque.* — La recherche de ce reflexe se fait de la façon suivante. Le sujet étant couché, on lui comprime simultanément les deux yeux pendant 5 à 10" (Martinet), 15" et se prolonge au besoin 1 à 2 minutes (Lian) et on observe chez les 3/5 des sujets sains un ralentissement de 5 à 8 pulsations par minute, et une diminution de l'amplitude du pouls. Lévy-Franckel et Juster font systématiquement la compression pendant 30" avec l'oculo-compresseur de Barré à 700 gr.

Ce reflexe peut être *négatif,* c'est-à-dire qu'il n'y a aucune modification du pouls.

Inversé, entraînant une accélération.

Légèrement, moyennement ou *fortement positif.*

On n'est pas encore d'accord sur la « signification clinique » qu'il faut donner à ce réflexe. C'est un réflexe « trigemineau vago-sympathique ».

Quoiqu'il en soit, « le reflexe oculo-cardiaque est toujours anormal chez les peladiques. Presque toujours le reflexe est ultra-positif ; beaucoup plus rarement, les malades réagissent comme des hypersympathicotoniques. » L.-F. et J.

c) *Réflexe pilo-moteur.* — André Thomas a étudié ce reflexe dans son ouvrage devenu classique ; nous lui ferons de nombreux emprunts, et nous nous en servirons pour l'étude de ce paragraphe.

Les muscles pilo-moteurs sont des muscles lisses dont le tonus est commandé par le système sympathique.

Tout le monde connaît le phénomène de la chair de

poule. Sous des influences les plus diverses, froid, chaleur, émotions violentes, frayeurs et colère aussi bien que joie ou surprise, les muscles pilo-moteurs entrent en contraction et produisent le phénomène qui se manifeste par l'érection des poils.

1° L'excitation peut être locale, les muscles excités seuls entrent alors en contraction.

« Si on passe un objet mousse, tel que l'extrémité de « l'ongle ou la pointe d'un crayon à la surface du corps, « on voit apparaître le redressement des poils ou la chair « de poule, sous forme de traînée sur le trajet parcouru « par l'excitant. »

C'est le pilo-moteur local.

2° Au cours d'une intervention chirurgicale, on peut exciter directement les nerfs pilo-moteurs, on obtient alors la chair de poule sur le territoire innervé par le nerf excité.

3° « L'excitation part des centres, sollicités à leur tour « par une excitation périphérique en centrale. Ce sont *les « réflexes pilo-moteurs.* »

Une excitation locale fait apparaître la chair de poule sur une vaste région. Il est évident alors qu'il y a « participation de centres nerveux, par conséquent de réflexes pilo-moteurs ».

C'est le pilo-moteur général ».

« L'appareil pilo-moteur est innervé par le système sympathique, c'est-à-dire par des fibres qui prennent leur origine dans les ganglions de la chaîne sympathique. » (*A. T.*)

Nous pouvons donc dire que tout trouble dans le réflexe pilo-moteur traduit un trouble de l'innervation des muscles lisses, donc du système sympathique.

Or, le réflexe pilo-moteur « existe en général, sur le « corps des peladiques, mais disparaît, ou est peu mar- « qué au niveau des plaques, la chair de poule s'arrêtant « un peu en dehors de la limite de l'alopécie ; il peut être « plus vif sur la plaque en voie de repousse, ou irritée « par le traitement. Dans les *pelades unilatérales*, nous « avons constaté des *différences nettes entre le côté « malade et le côté sain.*

« L'intérêt de ces réflexes, qui n'ont en somme qu'une « valeur relative, se trouve « renforcé de ce fait que, « comme pour la raie vaso-motrice, leurs *modifications « suivent l'évolution de la pelade.* Il en est de même pour « la *transpiration locale*, régie elle aussi par le système « sympathique, qui peut être modifiée en plus ou en « moins, et qui revient à la normale, en même temps que « la pelade s'améliore. » Lévy-Franckel et Juster.

Réflexe naso-facial. — Ce réflexe a été étudié par Weill, L.-F. et J., comme « test du système sympathique » le réflexe qui se produit par l'excitation de la muqueuse pituitaire se traduit par du larmoiement, de la mydriase, de la vaso-dilatation du côté examiné. Cette vaso-dilatation qui peut rester localisée à la tête peut s'étendre beaucoup plus loin. Il y a en même temps modification du rythme cardiaque et respiratoire. Ce réflexe suivant l'intensité des phénomènes qu'il produit permet d'étudier l'état du système sympathique.

« La recherche de ce réflexe nous a permis dans les « pelades unilatérales, d'exagérer les différences entre le « côté sain et le côté malade : congestion palpébrale et « faciale, exophtalmie, anisocorie, apparition de sueurs « localisées à un côté, soit que le syndrôme oculaire fut « latent, soit qu'il fut déjà ébauché. Chez trois malades « atteints de pelade unilatérale avec syndrome coulo-sym- « pathique, enophtalmie, mydriase, hypertrophie unila- « térale du corps thyroïde, du même côté que l'alopecie, « nous avons pu constater nettement des différences « entre le R. P. M. et le R. naso-facial, du côté malade « et du côté sain. »

c) *Tonicité cutanée.* — Jacquet a mis en évidence les troubles de la tonicité chez les peladiques et démontré que l'hypothonie est constante chez ces malades. Il en a même fait une règle et, pour lui, « pelade et hypotonie vont de pair, et lorsque l'hypotonie disparaît, c'est que la repousse commence », ce qui a été observé par tous après lui.

Troubles endocriniens. — Parmi les glandes endocrines touchées, c'est le corps thyroïde qui l'est le plus fréquemment, soit qu'il y ait Basedow fruste, avec tachycardie, exophtalmie légère, tremblement, soit qu'il y ait hypothyroïdie ou disthyroïdie.

Chez la femme, les lésions de l'ovaire ou les perturbations ovariennes accompagnent ou précèdent la pelade comme nous l'avons relevé dans plusieurs observations précédentes.

Chez l'homme, la frigidité totale ou partielle se rencontre quelquefois.

S'il est de règle de voir dans la pelade aussi bien que dans les autres troubles cutanés trophiques, des perturbations dans le système sympathique et endocrinien : un de ces systèmes peut avoir suivant les cas un rôle prépondérant. Dans les pelades traumatiques, par exemple, le système sympathique paraît être le « primum movens ». Mais il est des peladiques chez lesquels les lésions du système sympathique sont très minimes, alors que le fonctionnement de leurs glandes endocrines est profondément troublé, par exemple les infantiles ou les hypothyroïdiens qui sont atteints de cette affection.

THERAPEUTIQUE

Nous avons vu dans cette étude qu'on rencontre chez les peladiques un ensemble de symptômes, signes, reflexes, qui dénotent chez le sujet qui en est atteint que le système endocrino-sympathique est touché. Nous avons vu que ces symptômes sont constants chez les peladiques dont les lésions sont à l'état aigu, en voie de croissance ; que ces symptômes s'amendent en même temps que l'extension de la plaque est arrêtée, qu'ils tendent à disparaître dès que la repousse commence.

Cet ensemble de faits, cette concordance constante peut nous permettre de conclure que dans la pelade nous avons bien affaire à une atteinte du sympathique, que la

pelade est d'origine sympathique ou plutôt endocrino-sympathique.

Cette conclusion entraîne comme corrolaire le traitement, ou si l'on veut mieux, le traitement doit servir de contrôle et permettre de donner un poids plus grand à ces conclusions.

Traitement opothérapique.

Conclure en effet qu'une affection est dûe à une atteinte du système endocrino-sympathique, c'est dire qu'un traitement opothérapique s'impose.

Or, ce traitement dans la pelade donne des résultats surprenants dans la grande majorité des cas.

Pour l'instituer, il faut commencer par bien étudier son malade, et mettre en évidence quelle est la glande qui est le plus touchée.

On rencontre très souvent une atteinte de la glande thyroïde, d'autres fois c'est la glande génitale. Les autres glandes peuvent être aussi atteintes.

Si on est fixé d'une façon certaine sur la glande atteinte, on institue le traitement correspondant ; mais souvent il n'en est pas ainsi, et tout le système endocrinien semble touché.

Faut-il alors instituer le traitement pluriglandulaire? Nous disons non, car le traitement opothérapique pluriglandulaire est une arme dangereuse qu'il faut manier avec précautions.

Le mieux dans ces cas-là est d'instituer un traitement

thyro-génital, car c'est ce couple qui est le plus souvent lésé, et de façon plus constante.

Si le résultat ne semble pas être bon, on peut par tâtonnements arriver à trouver quel est le traitement opothérapique le meilleur, mais en général le couple thyro-génital donne des résultats encourageants.

Dans les cas fréquents d'hyperthyroïdie, le sérum d'animaux éthyroïdés, donne des résultats rapides.

Traitement électrique

On peut aussi avoir recours à l'électrothérapie.

a) *Les rayons X*

α) *Doses excitantes :* On applique sur la glande thyroïde des rayons X à la dose de 2 H, durée 10 minutes, une séance par mois ; au bout d'une séance on a quelquefois des résultats surprenants, deux ou trois séances sont souvent nécessaires.

β) *Dose sidérante :* On peut également faire de la radiothérapie sidérante ; on fait alors une seule application de 5 H. On utilise surtout ces doses quand on a affaire à une pelade associée à un Bosedow.

b) *Le courant galvanique.* — On fait quelques applications du courant galvanique sur le corps thyroïde. La durée d'application est de vingt minutes. On fait une séance tous les deux jours, de 10 miliampères.

Ce traitement ne présente aucun danger.

Tout cela sans préjudice d'un traitement local, par massage, lotion excitante ou crayon de crysarobine. Dans la plupart des cas observés, lorsque les malades avaient épuisé au bout de plusieurs mois ou plusieurs

années tous les traitements locaux l'adjonction du traitement opothérapique a arrêté la « sidération du poil » et amené ensuite la repousse de follets puis de poils adultes.

Il y a des pelades qui ne guérissent pas malgré le traitement opothérapique ou électrique. Pourquoi ?

Parce que nous avons probablement à faire dans ces cas-là à des lésions plus graves, définitives des fibres du sympathique. Quelles sont les fibres ainsi touchées ?

Toutes les hypothèses peuvent être faites, mais nos connaissances actuelles sur le système sympathique ne peuvent pas nous permettre d'indiquer des localisations d'une façon précise.

LE VITILIGO

Le vitiligo a été longtemps confondu avec les autres affections de la peau, et on prenait vis-à-vis de ceux qui en étaient atteints les mêmes mesures d'ordre public que pour la lèpre.

« Quand un homme aura une éruption sur la peau « ressemblant à l'éruption de la lèpre, qu'il s'agisse « d'une tumeur, d'une croûte, ou d'une tache claire lui- « sante ; alors il sera conduit au prêtre... »

(13e Chie du Lévitique. Erasmus Wilson in Lindberg.)

C'est Celse qui le premier emploie le mot vitiligo, qui comprenait d'ailleurs trois affections différentes : alphos, melas et leuke, et d'après la description qu'il en donne, c'est à l'alphos que correspondrait le vitiligo tel que nous l'entendons à ce jour.

Dans la suite, le mot Vitiligo est employé improprement, et le vitiligo lui-même est décrit avec des terminologies diverses, ce qui amène une confusion extrême dans l'étude historique de cette affection.

Il y a quelques dizaines d'années seulement que le vitiligo semble être individualisé de façon précise, et de nombreux auteurs se sont attachés à son étude.

C'est Gintrac qui le premier, en 1859, donne une description exacte de cette affection, sous le nom l'*albinisme*

accidentel partiel. « Cette lésion cutanée, appelée encore « achromie partielle, leucopathie partielle, ephelis alba, « a également reçu le nom de vitiligo. »

Après lui, Bazin (1862), étudie également le vitiligo, mais laisse persister la confusion entre le « vitiligo congénital » et le « vitiligo accidentel ».

Depuis lors, de nombreuses études ont été faites. Une fois l'affection individualisée, on a cherché surtout à connaître son étiologie et sa pathogénie.

Ces deux chapitres sont encore ouverts ; et si, comme nous le verrons plus loin, l'accord semble se faire de plus en plus pour attribuer une grande part à la syphilis, qu'elle soit acquise ou héréditaire lorsqu'il s'agit de l'étiologie, il n'en est pas de même lorsqu'on entre dans le chapitre de la pathogénie.

Définition. — Le vitiligo, tel qu'on l'entend actuellement, est constitué par des taches achromiques entourées d'une zone d'hyperpigmentation. Ces taches peuvent être symétriques, métamériques, ou occuper n'importe quelle partie de la peau sans aucune régularité. Elles peuvent occuper le cuir chevelu et s'accompagnent alors de canitie, les cheveux entourant la plaque conservant leur couleur normale.

Pour essayer de pénétrer la pathogénie de cette affection, les auteurs se sont essayé à étudier les rapports qu'elle pouvait avoir avec les autres affections de la peau avec lesquelles on la rencontre.

Or, il est évident que le vitiligo, qu'il soit congénital ou acquis, est une affection par trop rebelle, et les gué-

risons par trop rares pour qu'on ait pu jusqu'à ce jour arriver à quelque chose de précis sur ce sujet.

Mais nous ne devons pas oublier qu'il ne s'agit pas d'un théorème de mathématiques, où on doit arriver à une démonstration rigoureuse, ou bien de sciences physiques ou chimiques. Et encore, là, ne sommes-nous pas obligés d'admettre à la base même quelques axiomes sans lesquels toute science devient impossible.

La médecine, malgré le laboratoire, restera encore pendant longtemps, hélas ! une science dans laquelle l'hypothèse jouera toujours son rôle.

Des génies puissants ont pu émettre des hypothèses, reconnues fausses depuis, et réussir à convaincre, à imposer leur façon de voir par des arguments reconnus précis et irréfutables pendant une certaine période, et fait subir ainsi un arrêt à la science.

Mais la science subit-elle réellement un temps d'arrêt ? Nous ne le pensons pas. L'hypothèse, quand il s'agit de science médicale, entraîne toujours comme conclusion un essai thérapeutique, ce qui constitue un contrôle qui, le plus souvent, est à la portée de tous les médecins ; en tous les cas à la portée de tous ceux qui ont consacré et qui consacrent encore leur intelligence et leur savoir à l'étude et aux recherches pour améliorer le sort de l'humanité souffrante.

L'étude du vitiligo a entraîné l'étude du pigment, la *mélanine*.

Les auteurs se sont attachés à élucider un certain nombre de problèmes que présentait cet élément, Quelle est

l'origine du pigment ? D'où provient-il et quelles sont les substances qui concourent à sa formation ?

Et surtout quel est le mécanisme intime de sa formation ?

Cette dernière question, comme on le pense, a une importance tout à fait considérable.

Car élucider ce problème, c'est élucider du même coup la pathogénie du vitiligo.

Lindberg, dans sa thèse, après avoir passé en revue toutes les théories qui se rapportent au vitiligo et avoir fait une étude complète de la question conclut « que le « vitiligo semble constituer, en somme, une anomalie « légère, relativement banale ; ne méritant peut-être pas « la grande importance qu'on a voulu y attacher, en rai« son, principalement, de sa fréquence dans des affec« tions graves, telles que la syphilis et le tabès. »

En est-il réellement ainsi ? Eclairer la pathogénie du vitiligo et arriver si possible à un traitement de cette affection nous paraît au contraire devoir mériter encore l'attention des chercheurs.

Sezary, dans son travail sur « les mélanodermies d'origine endocrinienne » met en évidence le rôle joué par les glandes endocrines dans les troubles de la pigmentation aux diverses périodes de l'existence pendant lesquelles les glandes endocrines subissent des troubles divers. C'est ainsi que pendant la puberté on constate toujours de l'hyperpigmentation ; il en est de même pendant la grossesse.

Ces faits, qui sont connus de tous, de contrôle facile,

ne laissent aucun doute sur l'influence et les relations qui existent entre le système endocrino-sympathique et la distribution du pigment dans l'organisme.

Le vitiligo, qui constitue un trouble de la pigmentation de la peau, doit donc être la conséquence d'une lésion du système endocrino-sympathique. C'est ce que Levy-Franckel et Juster se sont attachés à démontrer dans une série de travaux.

Ces deux auteurs passant en revue l'influence des lésions de ce système sur une série d'affections s'expriment ainsi lorsqu'ils parlent du vitiligo.

« Nous avons examiné plusieurs malades atteints de « cette affection, au point de vue de la réflectivité sym- « pathique et des troubles vaso-moteurs. Chez l'une « d'elles atteinte de plaques de vitiligo en ceinture, au « niveau de D8 et D9, le pilo-moteur général s'arrêtait « près du bord supérieur des plaques achromiques, en « empiétant de 2 à 3 cm. sur les plaques ; il était exagéré « sur les zones hyperchromiques ; après injection de pilo- « carpine, qui provoquait une sudation abondante à la « tête, aux mains, aux jambes et aux pieds, mais, rien « à l'abdomen, on obtenait à droite un réflexe pilo- « moteur très net sur le thorax, qui devenait moins vif « moins net dans le tiers supérieur et interne de la zône « achromique et manquait complètement sur le reste de « la plaque, tout en existant plus bas, sur l'abdomen. « De même, le pilo-moteur local était moins vif et moins « net sur les placards achromiques ; le passage du doigt « laissait une peau ansérine nette sur la peau hyperpig-

« mentée et très peu visible sur les placards achromi-
« ques ; néanmoins, les fibres pilo-motrices existaient,
« car, en faisant une intradermo-réaction à l'adrénaline
« à la frontière des zônes brune et blanche, on constatait
« que dans la zone hyperchromique, la chair de poule
« était plus forte, plus élevée et plus confluente que dans
« la zone blanche ; parallèlement à ces troubles de la
« pilo-motricité et de la sudation, existaient sur les
« placards de vitiligo, des troubles vaso-moteurs.

« Chez une jeune fille atteinte d'une exophtalmie
« nette, avec signes de Graefe et de Mœbuis, en plus de
« l'atténuation de son R. P. M. au niveau des plaques
« achromatiques, nous avons observé une absence com-
« plète de réflexe mamillo-aréolaire sur un sein à peau
« achromique, alors que l'autre mamelon normal, réa-
« gissait normalement, chez une femme atteinte de viti-
« ligo et de pelade, existait une hyperhydrose nette au
« niveau de plaques achromiques. Or vaso-motricité,
« sudation, réflexes pilo-moteurs et mamillo-arcolaires,
« sont sous la dépendance certaine du système nerveux
« sympathique. » (L.-F. et J.)

Nous avons étudié deux malades, l'une atteinte de vitiligo généralisé, l'autre atteinte de pelade et vitiligo, et avons rencontré chez toutes les deux tous les symptômes décrits par ces auteurs.

OBSERVATION N° 1

Mme D... Marie, 45 ans.

Vient consulter à l'hôpital pour eczéma des mains.

La malade, qui présente un vitiligo généralisé, attire notre attention, et nous l'examinons complètement.

A. H. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Parents morts à un âge avancé ; un frère et quatre sœurs bien portants ; cinq frères et sœurs morts de 3 à 12 ans. La malade ne peut nous donner aucun renseignement particulier à ce sujet.

A. P. La malade a marché à un an. A été réglée à l'âge de seize ans. Les règles ont toujours été plus ou moins régulières ; elle voyait toutes les trois semaines environ, et elles duraient huit jours ; mais depuis quelque temps la malade ne voit plus que tous les deux ou trois mois.

Les taches de vitiligo ont commencé à apparaître il y a dix-huit ans. La malade, alors âgée de 27 ans, venait d'avoir une fille qui était son second enfant.

Les taches qui sont apparues d'abord sur les poignets ont fini petit à petit par se généraliser.

Actuellement, la topographie des taches de vitiligo est la suivante :

A la région cervicale antérieure, on observe une zone hyperchromique qui s'arrête à deux travers de doigt au-

dessus de la clavicule. De là part le placard achromique qui recouvre toute la face antérieure du thorax et s'arrête sous les seins.

Dans le dos, la moitié supérieure de la face postérieure du thorax est recouverte par un large placard achromique entouré d'une zone hyperchromique qui s'étend sur les faces latérales du thorax.

Sur le bras droit, face antérieure : large placard achromique. Sur l'avant-bras, des plaques d'hyperchromie.

Sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, au tiers inférieur plaque d'achromie entourée d'une zone d'hyperchromie.

Sur la cuisse et la jambe gauche, larges plaques d'achromie, ainsi qu'une multitude de petites plaques achromiques allant de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à la dimension d'une paume de main.

L'examen de la malade au point de vue endocrinien et sympathique donne les renseignements suivants.

Corps thyroïde

Le corps thyroïde n'est pas perceptible.

Œil gauche est plus petit et moins saillant, les paupières supérieures et inférieures le recouvrent davantage.

Signe de Graefe est positif.

Signe de Mœbius : la malade lâche la convergence avec l'œil droit.

Le pouls est à 108,

Très faible tremblement vibratoire quand on fait étendre les mains au sujet.

La malade a toujours été très frileuse et ne transpire presque jamais.

A toujours été constipée.

A besoin d'activité exagérée.

Les queues des sourcils sont relativement peu fournies. Les poils de l'aisselle paraissent normaux. Très peu de poils sur le corps.

La *surrénale* paraît normale, pas d'asthénie, pas de raie blanche.

Hypophyse, rien de particulier.

Ovaires. Mal réglée, règles abondantes.

Système sympathique

La malade paraît nerveuse, se met fréquemment en colère et se dispute avec facilité à propos de tout et de rien.

Réflexe pilo-moteur

a) *Général.* Sur le thorax, la réaction ansérine apparaît d'abord et rapidement au niveau des plaques hyperchromiques pour s'étendre avec retard et nettement diminuée sur les zones d'achromie.

Le reflexe à l'éther donne les mêmes dispositions.

b) *Local.* Existe même au niveau des plaques achromiques, mais il apparaît plus difficilement et plus tardivement au niveau de ces dernières. On retrouve les mêmes

symptômes au niveau de toutes les zones d'achromie, sauf sur les plaques du cou, où le déclenchement du reflexe est plus difficile.

Le reflexe mamillo-aërolaire, existe des deux côtés, mais il est d'un régime lent.

Après l'examen, la malade ayant froid, il persiste une peau ansérine permanente sur le thorax, beaucoup plus évidente au niveau des plaques d'hyperchromie.

La sensibilité semble être conservée partout sans troubles accusés par la malade.

Système vaso-moteur. Il semble que la raie rouge faite en frottant avec le doigt soit plus diffuse au niveau des plaques d'hyperchromie.

Sudation. La malade n'a pas constaté de troubles de la sudation, et il n'a pas été possible de faire d'injections de pilocarpine.

Le Wassermann a été négatif.

Le traitement a consisté en trois applications de rayons X à la dose de 2 H, dans la région thyroïdienne. Une séance par mois.

Les résultats ont été les suivants.

Aucune influence quelconque sur les taches de vitiligo.

Mais les règles, qui étaient capricieuses et abondantes, durée de huit jours, sont redevenues normales, et la malade voit toutes les trois semaines, mais elle ne voit que deux jours seulement au lieu de huit.

Son état général s'est amélioré, elle est moins nerveuse et moins fatiguée. Elle peut maintenant fournir un travail régulier au dehors, ce qu'elle ne pouvait faire avant son traitement.

OBSERVATION N° 2.

Mme L..., Eugénie, 39 ans.

La malade vient consulter à l'hôpital le 7 janvier pour pelade ; elle présente en outre des plaques de vitiligo.

A. H. Mère morte à l'âge de 29 ans, suite de couches ; un frère mort de convulsions à l'âge de un an ; un autre mort à Sainte-Anne à l'âge de 32 ans.

Père vivant, âgé de 70 ans.

Père et mère cousins germains.

A. P. Réglée à 16 ans. Bien réglée, mais règles douloureuses obligeant la malade de garder le lit. Règles duraient six jours. Actuellement et depuis deux ans, les règles durent trois jours seulement et sont plus abondantes.

Deux fausses couches : la première accidentelle, la seconde provoquée.

Crise de salpingite il y a deux ans et demi.

Mari mort à l'âge de 36 ans. Tuberculose probable.

A l'examen, la malade présente trois plaques de pelade.

A droite, deux plaques, l'une large de 2 centimètres et longue de 5 centimètres ; et l'autre ronde, grande comme une pièce de deux francs.

A gauche, la plaque est grande comme une pièce de cinq francs.

Topographie du vitiligo.

Sur la région latérale gauche du cou, large plaque achronique, 3 centimètres de large sur 5 à 6 centimètres

de long, entourée d'une zone d'hyperchromie, très nette sur la partie supérieure, légère et diminuée graduellement vers le thorax.

Les ganglions lympatiques du cou sont augmentés de volume sur les deux côtés et ne sont pas douloureux.

Examen des glandes endocrines et du sympathique.

Corps thyroïde. Il ne semble pas augmenté de volume.

Les *yeux* sont normaux, sauf léger strabisme à gauche, pupilles paraissent égales et régulières.

Signe de Mœbius : lâche, la convergence à gauche.

Pouls : 76. Pas de tremblement des mains.

Sudation : La malade transpire très facilement.

Pas de constipation.

La malade se fatigue facilement, est lasse le matin ; ne peut faire un travail suivi.

Mains sont très longues, rouge et chaudes, aux doigts effilés et longs ; membres supérieurs sont longs.

Sympathique : La malade nerveuse, anxieuse, se plaint de mouvements d'humeur. Impressionnable facilement, a des crises de larmes, surtout au moment des règles.

Reflexe pilo-moteur

a) *Général.* — La peau anserine apparaît beaucoup plus facilement sur la zone hyperchromique que sur la plaque de vitiligo.

Le reflexe P. M. apparaît facilement et rapidement sur tout le corps. Retard très net sur la zone achromique.

Au froid. Reflexe répond de la même façon.

En prolongeant l'excitation, le P. M. apparaît sur la plaque achromique mais beaucoup plus diminuée, surtout au niveau du pôle supérieur.

b) *Local.* Le P. M. existe partot sur la plaque de vitiligo ; est diminué à la partie supérieure et postérieure.

Le reflexe mamill o-aréolaire est normal.

Système vaso-moteur. A excitation égale, la zone achromique devient plus facilement rouge que la zone avoisinante.

Sensibilité : Pas de troubles accusés par la malade.

Le Wassermann pratiqué le 10 janvier a été négatif.

Le traitement a constitué en trois séances de rayons X 2H sur le corps thyroïde. La repousse des cheveux a commencé dès après la première séance.

Actuellement, les plaques sont couvertes de poils blancs et longs.

THERAPEUTIQUE

Nous venons de voir que dans le vitiligo comme dans la pelade, nous rencontrons un ensemble de symptômes, signes ou perturbations qui indiquent de façon formelle que le système endocrino-sympathique est lésé.

Ici donc comme dans la pelade, la conclusion doit être la même. Du moment que nous nous trouvons en présence de lésions du système endocrino-sympathique, nous devons instituer le traitement opothérapique, ou le traitement électrique.

Jusqu'à ce jour ces traitements ne paraissent pas donner des résultats du moins en ce qui concerne l'achromie proprement dite. Cependant lorsqu'un vitiligo acquiert une extension rapide par suite d'une infection syphilitique récente, le traitement correspondant fait régresser les lésions ou du moins empêche les lésions de s'étendre.

Mais si les traitements opothérapique ou électrique ne donnent pas de résultat en ce qui concerne les taches d'achromie on est obligé de constater qu'il améliore considérablement l'état des malades et que les troubles endocriniens sont améliorés par ces traitements. On doit donc les instituer toutes les fois que les troubles endocrino-sympathiques sont constatés.

Il est probable que cette atteinte du système nerveux sympathique est définitive, et qu'il s'agit vraisemblablement d'un processus de sclérose analogue à la sclérose des cordons postérieurs du tabès.

ETIOLOGIE

Les facteurs étiologiques de la pelade sont variés et multiples :

On doit tenir compte de la fréquence relativement assez grande de l'hérédité.

« La loi d'hérédité, en tous cas, trouverait son compte, « philosophiquement, on ne saurait la concevoir autre- « ment qu'absolue et fatale. Pourtant que d'exceptions ? « Elles ne sont qu'apparentes : la pelade héréditaire par- « fois en *nature*, l'est fatalement, mais sous d'autres

« formes ; hernies, faiblesses ligamenteuses et musculai-
« res, phlébectasies, agenésie, bref un ensemble patho-
« logique très varié par ce qu'il affecte des organes, ou
« des tissus différenciés, mais imputable, en ce qu'il a
« de plus général, à la faiblesse, à l'insuffisance des
« mésodermes, et dont chaque élément me paraît un
« équivalent hypotonique de la pelade.

« Et au total d'agenésie à pelade ou vice-versa s'éta-
« blit, des ascendants à descendants, une sorte de cycle
« reversible d'où résulte, je le crois, un acheminement
« lent mais sûr vers la genèse d'une humanité *glabre.* »
(Jacquet).

Jacquet est certainement un peu pessimiste quand il veût vouer toute l'humanité à la calvitie à plus ou moins longue échéance. Sabouraud nous donne sur ce sujet une statistique intéressante.

« Sur cent cas de pelade puisés au hasard, il y a
« vingt-deux cas au moins dans lesquels on trouve cette
« affection héréditaire ou familiale.

« Dans 11 % des cas, on rencontre soit des frères et
« sœurs peladiques issus de parents qui ne l'ont jamais
« été, soit un neveu héritant de la pelade d'un oncle,
« sans que ses parents aient présenté la même affection.
« Si donc on écarte toute idée de contagion, il faut admet-
« tre chez les ascendants une prédisposition à la pelade
« qui ne s'est jamais manifestée, ou bien l'existence d'une
« défectuosité organique qui s'est traduite par d'autres
« troubles et chez les descendants par de la pelade. Dans
« ce cas, la pelade devrait être considérée comme un des

« aspects d'un état morbide multiforme qui pourrait à « l'occasion en revêtir d'autres. Il serait intéressant de « chercher lesquels. Jacquet a déjà fait cette remarque, « que mes observations semblent appuyer. »

La syphilis semble jouer également un rôle de première importance.

« Dans 20 à 25 % de cas de pelade, on note chez l'en- « fant une syphilis héréditaire ou chez l'adulte une syphi- « lis acquise. Mais le Wassermann n'est positif que dans « 10 % des cas. » (De la réaction de W. app. aux pela- diques. Sabouraud et Vernes, 1911.)

Levy-Franckel et Juster se posent la question dans la Syphilis du Grand Sympathique :

« Dans quelle proportion, la syphilis, acquise ou héré- « ditaire doit-elle être mise en cause chez les peladiques ? « A cette question, on ne peut encore répondre d'une « façon précise, la réaction de B. W. étant négative chez « les hérédos et, d'autre part, le traitement spécifique « d'épreuve pouvant échouer dans une pelade d'origine « syphilitique, acquise ou héréditaire.

« Sur quatre-vingts peladiques examinés, nous avons « trouvé neuf fois une réaction positive (11,25 %), quatre « fois H5, deux fois H0, une fois H4, H3 et H6. Mais ce « chiffre est certainement au-dessous de la vérité. »

La tuberculose et toutes les maladies infectieuses en général, aiguës ou chroniques, sont une cause fréquente de pelade. Ces faits sont connus et ont été mis en évi- dence par un certain nombre d'auteurs.

Le traumatisme semble jouer un rôle que les auteurs s'attachent à mettre de plus en plus en évidence.

Nous donnons quelques observations où le rôle joué par le traumatisme semble indiscutable.

« I. Après otite moyenne compliquée de mastoïdité et « trépanation, alopécie de la région présentant tous les « symptômes d'une ophiasis latérale, qui comporte même « une plaque symétrique au niveau de l'apophyse mas- « toïde du côté opposé.

« II. Fracture communitive du bras. Obligé de subir « la désarticulation de l'épaule et puis, quelques mois « plus tard, d'une pelade généralisée avec décalvante « tégumentaire. » (Sabouraud, in livre d'or du Barozzi, 1911.)

« Blessé à l'épaule en 1918 (côté gauche) par éclat « d'obus. Ligature veine et artère axillaire. Pelade barbe « depuis huit mois.

« W=H8. » (Lévy-Franckel inédite.)

S...., 4e Colonial.

Blessé le 13-2-16 à Frise, d'un éclat d'obus dans la région occipitale.

« Le blessé était couché à plat ventre, l'éclat a pénétré « au niveau de la bosse occipitale, a suivi un trajet à peu « près rectiligne le long des premières vertèbres cervi- « cales, puis a dévié à gauche et s'est arrêté au niveau « d'un travers de doigt de la ligne médiane. Extraction « le 4 avril.

« Pas d'examen radiographique sur le cuir chevelu.

« Le 13 avril, début de l'alopécie, large placard de la

« région occipito-temporale droite à bords irréguliers, à « déglabration incomplète, cheveux amincis en plusieurs « autres points, notamment derrière la région occipitale « gauche. » (Lévy-Franckel, inédite)

OBSERVATION

M. P.... Robert, 25 ans, employé.

Le malade vient consulter pour une plaque de pelade de la région rétro-auriculaire droite qui, grande comme cinq francs, aurait débuté en novembre 1922. Il constate, il y a cinq jours, une plaque alopécique grosse comme un pois, à deux travers de doigt de la ligne médiane, sur le bord inférieur du maxillaire inférieur à droite.

On constate une cicatrice grande comme une pièce de cinq francs à la région frontale droite. Cette cicatrice provient d'une blessure par éclat d'obus datant de novembre 1917.

A la suite de cette blessure, le malade a perdu connaissance pendant trois ou quatre jours, le malade a présenté en outre une parésie du bras droit pendant une dizaine de jours.

Il y a un an, il s'est aperçu qu'il devenait sourd de l'oreille droite. Il remarque que cette surdité est dûe à un bouchon de cérumen qu'il extrait.

Depuis cette époque, il dit que son conduit auditif droit est plus « sale », contient davantage de cérumen que le côté gauche.

L'œil droit est nettement plus saillant et plus ouvert

(*la paupière inférieure atteint l'iris à gauche et pas à droite*). *Mydriase droite nette.*

Etude du Système sympathique.

Reflexe pilo-moteur.

a) *Général.* Difficile à déclencher, ne s'étend que sur la face latérale du thorax et des bras, sensiblement égal des deux côtés.

b) *Local.* Dans toute la région rétro-auriculaire gauche, on obtient une réponse nette qui n'existe pas à droite, dans la région homologue, avec la même excitation. Au niveau de la plaque alopécique du menton, le R. P. M. est diminué.

Transpiration. Le malade se plaint de transpirer facilement et davantage de l'aisselle gauche que de l'aisselle droite.

Poils. L'aisselle droite est plus fournie que la gauche.

Reflexe naso-facial. — A droite, congestion de toute la face prédominante du côté droit et de la région périorbitaire. Conjonctives rouges, surtout marquées à droite. Larmoiement net, à droite seulement.

Mydriase droite.

Hypus bilatéral.

A gauche. Congestion bilatérale plus accentuée à gauche. Conjonctive gauche plus rouge, larmoimement bilatéral mais peu abondant et mydriase droite immédiate et considérable. L'anisocorie s'accentue.

Examen oculaire. — Pas de signe de de Graefe. Converge bien. Nystagmus dans les regards extrêmes.

Le malade se plaint de vertiges, de troubles du caractère, depuis sa blessure, est irritable et plus nerveux.

Dents en bon état.

Poumons. A l'auscultation pas de lésions !

Traitement. — Le malade quittant Paris, nous avons institué le traitement suivant :

Localement, application quotidienne de crayon de crysarobine.

A l'intérieur, capsules thyro-orchitiques, à la dose de 1 gr. 20 de poudre orchitique et de 0 gr. 60 de poudre thyroïde par jour. (Lévy-Franckel, Juster et Naar.)

C'est aussi au traumatisme qu'il faut attribuer vraisemblablement la pelade d'origine dentaire.

Toutes ces causes étiologiques :

1° hérédité (Jacquet, Sabouraud) ;

2° syphilis (Sabouraud, Vernes, Lévy-Franckel et Juster);

3° tuberculose (Sabouraud);

4° infections aiguës ;

5° traumastimes ;

que nous venons de passer en revue, ne produisent la pelade que par lésion du système endocrino-sympathique.

Pour le vitiligo, les auteurs semblent tous être d'accord pour accorder une importance tout à fait prépondérante à la syphilis ; le vitiligo étant considéré comme un signe précurseur du tabès.

Touraine dit qu'il faut chercher la syphilis dans tout vitiligo, il trouve en effet « sur 121 observations utilisables de vitiligi, 99 fois (81 %) il a été possible de dépister une syphilis antérieure »,

« Altérations presque constantes du liquide céphalo-
« rachidien. »

Mais pour le vitiligo comme pour la pelade, le facteur étiologique n'est pas suffisant, il faut pour qu'il y ait vitiligo que le sympathique soit touché.

« Peu importe d'ailleurs que le système nerveux sym-
« pathique soit lésé au niveau de la moelle, des rami
« communicantes, des ganglions sympathiques, ou des
« nerfs périphériques cutanés : il faut qu'il soit touché
« par le processus morbide pour qu'il y ait vitiligo. »
(Lévy-Franckel et Juster.)

CONCLUSIONS

Nous avons vu dans le courant de ce travail que :

1° La théorie parisitaire de la pelade doit être abandonnée ;

2° La théorie neurotrophique de Jacquet est satisfaisante parce qu'elle s'appuie sur une observation clinique méthodique, mias qu'elle est restée assez imprécise ;

3° La théorie endocrino-sympathique de la pelade a permis d'approfondir le problème donnant une localisation précise de la cause pathogénique qui produit la pelade.

En effet, l'examen de tout peladique permet de constater que le système endocrino-sympathique est touché ;

4° Chez certains peladiques, les troubles endocriniens semblent prédominants : par exemple la pelade chez les infantiles et les hypothyroïdiens.

Chez certains autres, c'est le système sympathique qui est le « primum movens », pelade traumatique.

5° Le traitement opothérapique dirigé méthodiquement donne des résultats intéressants :

6° Il en est de même pour le traitement électrique, qui peut se faire en applications sur le corps thyroïde :

A) Par les rayons X :

a) A dose disérantes 5H, une application.

b) A doses excitantes 2H, une application par mois, deux ou trois applications suffisent en général.

B) Par le courant galvanique, 10 miliampères, deux ou trois applications par semaine.

Ce traitement ne présente aucun danger et donne souvent des repousses, parfois unilatérales au début, dans les pelades graves.

Nous avons vu d'autre part que :

1° Le vitiligo est surtout d'origine syphilitique, mais que néanmoins le traitement antisyphilitique ne donne aucun résultat en ce qui concerne l'achromie, sauf dans des cas très rares et nettement définis.

2° Le vitiligo semble un symptôme secondaire en présence de symptômes beaucoup plus saillants présentés par le sujet qui en est atteint.

3° L'examen d'un vitiligineux permet en effet de constater que, comme chez le peladique, son système endocrino-sympathique est lésé.

4° Le traitement opothérapique ou électrique, appliqué comme chez le peladique, n'a, jusqu'à maintenant, pas donné de résultat en ce qui concerne les taches, car celles-ci semblent dûes à une atteinte définitive du système nerveux.

5° Ce traitement doit quand même être institué, parce qu'il donne des résultats au point de vue endocrino-sympathique.

6° La pelade et le vitiligo étant le résultat d'une lésion du sympathique peuvent se rencontrer chez un même sujet, étant donné leur pathogénie commune.

ROGER

Vu : le Doyen

Vu : le Président de la thèse :
JEANSELME

Vu et permis d'imprimer :
le recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Sabouraud. — Etude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade. Annales de dermatologie et Syph., 1896.

— Seborrhée et pelade. Soc. de Dermat., 1897.

— Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade. A. D. S. 1910, 1911 et 1913.

— Fréquence de la pelade aux différents âges. A.D.S., 1911.

— Pelade héréditaire et familiale. A.D.S., 1910.

— Pelade et goître exophtalmique. A.D.S., 1913.

— Sur l'étiologie de la pelade. A.D.S., 1920.

— Sur le cheveu peladique. Bulletin de la Soc. de D., 1922.

Sabouraud et Vernes. — De la réaction de Wassermann appliquée aux peladiques. Ann. de D. et S., 1911.

Besnier. — Contagion de la pelade. Bulletin de l'Académie de Médecine, 1898.

Du Bois. — Réaction de Wassermann chez les peladiques. A.D.S., 1910.

Bonnet et Jacquet. — Basedow et pelade. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1902.

Jacquet. — Discussion sur la pelade. Soc. de D., 3 juin 1897.

— Nature et traitement de la pelade. A.D.S., 1900.

— Rapports de la pelade avec les lésions dentaires. A. D. S., 1900.

Jacquet. — Troubles du chimisme sanguin et urinaire de la pelade. A.D.S., 1901.

— Sur la nature et le traitement de la pelade.

— La pelade d'origine dentaire. A. D. S., 1902.

— Les sommations peladogènes. Soc. Méd. des Hôp., 1902.

— Echec de l'inoculation peladique sur terrain optinium. Bulletin de la Soc. de D., 22 juill. et 3 nov. 1904.

— Irritation gingivale comme point de départ de la pelade Bull. de la Soc. de D., 1901.

— Pelade, lésions dentaires, hypotomie, viciation urinaire, 1901.

— Pelade droite avec hemihyperesthesie nevro-musculaire gauche. Bull. de la Soc. D., 1901.

— Seborrhée, pelade et calvitie. Bull. Soc., 1897.

Jacques et Portes. — Troubles du chimisme sanguin et urinaire. Bull. S. D., 1901.

Jacquet et Gaunerais. — Maladie de Basedow et pelade systématisée. Soc. Méd. des Hôp., 7 nov. 1902.

L. Brocq. — Lucien Jacquet, A. D. E., 1914-15.

— Le problème des pelades. Journal de Méd. et Ch. prat., 25-1-20.

— Seborrhée grasse et pelade. Bull. S. D., 1897.

Davis. — Epidémie alopecia areata British Journal of Dermatology, juin 1914.

T. Colcott Fox. — On a small epidemie of areata alopecia. Brit., j. 1913.

J. de Azema. — Pelada y sifilis Atlas dermosifiligrafica, 1912.

H. Sampelayo. — Un caso de pelada decalvante total en el corso de una infection sifilitica, curada despues de dos injectionnès de Salvarsan. A. dermosif., 1912.

A. von Notthaft. — Pelada i sifilis. A. dermo., 1912.

Franckel. — Alopécies en aires chez les blessés de guerre radiographiés. A. D. 1916.

Cazenave. — Traité des maladies du cuir chevelu, 1850.

— Le Vitiligo in maladies de la peau, 1856.

Bateman. — Practical synopsis of cutaneous disceases, 1819.

Fournier. — Pelade ou plutôt agenésie pilaire. Bull. S. D., 1900.

— Pelade et Syphilis. Soc. de D., 1901.

— Pelade pseudo-syphilitique à petits îlots multiples. Soc. D., 1901.

Du Castel. — Pelade familiale chez un nevropathe. Soc. D., 1902.

Aubry. — Lésion des ongles au cours d'une pelade généralisée. Soc. de D., 1902.

Milian. — Pelade de la moustache, d'origine dentaire. Soc. D., 1902.

Moty. — Note sur la pelade. Soc. de D., 1902.

Barthélemy. — Notes sur les relations de la seborrhée, de la pelade et des alopécies. Soc. de D., 1897.

Hallopeau. — Seborrhée et pelade. Soc. de D., 1897.

Barbe. — Seborrhée et pelade. Soc. de D., 1897.

Feulard. — Pelade décalvante chez la femme et son enfant. Soc. de D., 1897.

Thibierge et Cottenot. — Récidives de pelades consécutives à des poussées de prurit ano-rectal. Soc. de D., 1922.

Hallopeau. — Statistique peladique. Bull. Soc. de D., 1902.

Le Gendre. — Dépression nerveuse, surmenage et pelade. Soc. Méd. des Hôp., 1902.

Dubreuilh. — Pelade nerveuse. Soc. de D., 1893.

Darier. — Pelade et lichen. Soc. de D., 1897.

Gaucher. — Etiologie du Vitiligo. Soc. de D., 1902.

P. Marie et Grouzon. — Vitiligo et Syphilis. Soc. de D., 1902.

Jean Bralez. — Vitiligo et Syphilis. Thèse Paris, 1919.

Buissières. — Vitiligo du cuir chevelu. Journal de Méd. de Bordeaux, 1904.

Hallopeau. — Sur une variété d'angio-nevrose donnant lieu à des plaques d'alopecie pseudo-peladique avec ischemie, anesthesie achromateuse et tâches pigmentaires. Soc. D., 1891.

Montpellier. — Vitiligo à début perinævique. Soc. de D., 1922.

Queyrat. — Vitiligo émotif. Soc. de D., 1922.

Tuffier. — Sur une maladie générale caractérisée par une infériorité physiologique des tissus. Semaine Méd., 1894.

Danlos et Deherain. — Pelade et Vitiligo. Soc. de D., 1906.

Gaucher et Bernard. — Pelade et Vitiligo. Soc. Méd. Hôp., 1899.

Barthélemy. — Pelade et Vitiligo. Soc. de D., 1893.

Bernard (Léon). — Pelade, vitiligo et prurigo par auto-intoxication dans le cours d'une nephrite chronique. Soc. Méd. des Hôp., 1899.

Feulard. — Pelade décalvante et vitiligo. Soc. de D., 1893.

Barthélemy. — Pelade et vitiligo, vitiligo des organes génitaux. Soc. de D., 1893.

Morel-Lavallée. — Pelade vitiligineuse.

Loeper. — Le sympathique et le tube digestif. Journal Médical français, 1921.

Claude et Piédelièvre. — Sympathique et glandes endocrines. Journ. Méd. fr., 1921.

Lian et Perisson. — Etude clinique des manifestations cardiaques. Journ. Méd. fr., 1921.

Parizot. — Les conceptions nouvelles de la pathogénie du goître exophtalmique. Journ. Méd. fr., 1913.

Golay. — Sympathique et dermatoses. A.D.S., 1922.

Sezary. — Les mélanodermies d'origine endocrinurine. Journ. Méd. fr., 1921.

J. Castaigne. — Pathologie du Sympathique.

Guillaume. — Quelques notions d'anatomie et de physiologie médicales relatives au sympathique et à ses systèmes associés. Journ. Méd. fr., 1921.

Burnier. — Vitiligo et Syphilis. Journ. de Méd. et de Chir. 1922.

Touraine. — Vitiligo syphilitique. La Médecine, 1919.

J. Chabrier. — Etude sur le vitiligo. Thèse 1880, Paris.

Luce. — Sur un cas ancien d'alopecie. Thèse, Paris 1879.

Debove. — Les goîtres exophtalmiques. Bull. Méd., 1912.

Tinel. — La causalgie et les algies sympathiques. S. M. F., 1921.

Martinet. — Nervosisme. In. Diagnostic clinique.

— Alopecies.

— Le reflexe oculo-cardiaque.

Guillaume. — Pathologie du sympathique in traité Sergent.

Levy-Franckel. — Syphilis et maladie de Basedow. La Médecine, 1919.

Levy-Franckel et Juster. — Origine endocrino-sympathique de la pelade. Presse Méd., 1922.

Caussade, Lévy-Franckel et Juster. — Acanthosis nigricans, syphilis probable, pathogénie de la pigmentation et de la dystrophie pilaire. Soc. Méd. Hôp., 1922.

Lévy-Franckel et Juster. — Vitiligo avec troubles nerveux sensitifs et sympathiques. L'origine sympathique du vitiligo. Soc. de D. et S., 9 nov. 1922.

— La Syphilis du grand sympathique. An. des M. V. Janv. 1923.

P.-E. Weill, Lévy-Franckel et Juster. — Le reflexe naso-facial utilisé comme test du système sympathique. La Vie Médicale, 18 sept. 1922.

Lévy-Franckel. — La pelade, syndrome d'irritation vago-sympathique. Soc. de Derm., 9 mars 1922.

Lévy-Franckel et Juster. — Origine endocrino-sympathique des troubles trophiques cutanés. Soc. de Neurologie, 1er mars 1923 et Derm. 8-3-23.

Brodier. — Les théories pathogéniques de la pelade avant 1914. Journal de Méd. de Paris, avril 1922.

André Thomas. — Le reflexe pilo-moteur.

Stephen Chauvet. — Troubles vaso-moteurs de la peau. (Technique clinique Sergent.)

Lindberg. — Etiologie et pathogénie du Vitiligo. Thèse Paris, 1922.